

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N° 02

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Georges-Gaston AUMONT

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours
Ancien Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Chirurgien assistant du Centre de Chirurgie
Maxillo-faciale de la X^e armée

TRAITEMENT

DES

HERNIES MUSCULAIRES

DE LA LOGE ANTÉRO-EXTERNE
DE LA JAMBE

Président : M. P. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

Thèse Paris
1923

50

102

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

105

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Pierre-Georges-Gaston AUMONT

Ancien Interne des Hôpitaux de Tours
Ancien Aide d'Anatomie à l'Ecole de Médecine

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Chirurgien assistant du Centre de Chirurgie
Maxillo-faciale de la X^e armée

TRAITEMENT

DES

HERNIES MUSCULAIRES

DE LA LOGE ANTÉRO-EXTERNE
DE LA JAMBE

Président : M. P. HARTMANN, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^o, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER

ASSESEUR: G. POUCHET

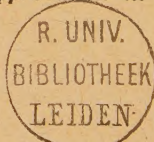
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	N.
Physiologie	CH. RICHEL
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	N.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	QUENU
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	BROCA
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ (A.)
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SICARD
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TANON
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TERRIEN
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TIFFENEAU
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	VILLARET
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	ZIMMERN
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUENIOT	LERY	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA CHÈRE FEMME

A MON FILS JEAN

A MONSIEUR L'ABBÉ FAY
Curé de Saint-Pierre-des-Corps

A MONSIEUR SARRADIN
Professeur honoraire de l'Université
Chevalier de la Légion d'honneur

A MADAME, MADemoisELLE SARRADIN

A LA MÉMOIRE DE MADAME CHOBERT

*En hommage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HARTMANN

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

Monsieur le Docteur LAPEYRE

Monsieur le Docteur BARNSBY
(*In memoriam*)

Monsieur le Docteur CHEVÉ

Je tiens à lui exprimer ici ma reconnaissance, pour sa bienveillance avec laquelle il m'a aidé au début de mes études médicales.

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur GUINON

Monsieur le Docteur MORESTIN
(*In memoriam*)

Monsieur le Docteur GUIBÉ

MM. GERNEY, LAUNAY

Monsieur le Docteur OMBRÉDANNE

Qu'il me permette de lui témoigner ma reconnaissance pour l'accueil qu'il m'a réservé dans son service au cours de la guerre et pour tout ce que j'y ai appris.

A Monsieur l'abbé LAURAS, à mes amis de la
Conférence Laënnec, et tout spécialement les Doc-
teurs PAILLARD, BARBET et M. VERDUN.

A MON EXCELLENT AMI

LE DOCTEUR FLAVIEN BONNET-ROY

Chef du Centre de chirurgie maxillo-faciale de la X^e armée

TRAITEMENT DES HERNIES MUSCULAIRES

DE LA LOGE ANTÉRO-EXTERNE DE LA JAMBE

ÉTUDE CLINIQUE

Farabeuf le premier donna, de la hernie musculaire, la première définition. Depuis sa communication de 1881, à la Société de Chirurgie, on entend par hernie musculaire : « Une tumeur formée par une portion de muscle sain ayant conservé ses insertions ; faisant saillie à travers son aponévrose rompue ou éraillée ».

Il importe d'insister sur cette définition, dont l'importance est capitale, si l'on veut éviter de retomber dans les errements antérieurs.

Au point de vue anatomo-pathologique, on note les caractères suivants : la hernie siège le plus souvent sur le jambier antérieur. En règle générale d'ailleurs, elle atteint des muscles entourés d'une gaine aponévrotique solide.

Au repos, les fibres musculaires décrivent à travers la brèche aponévrotique, ou en soulevant l'aponévrose amincie, une série de courbes concentri-

ques faisant saillie sous la peau. Si le muscle entre en contraction, la courbure se redresse et la hernie disparaît en grande partie ou totalement. Si l'on s'oppose à la libre contraction du muscle, la disparition de la tumeur est complète. Si l'on met le muscle en état de relâchement en rapprochant les insertions musculaires, la tumeur se reproduit et grossit d'autant plus que le rapprochement des insertions du muscle est plus marqué. Ces caractères ont été bien mis en évidence par Guinard, au cours de ses expérimentations. De ces caractères anatomo-pathologiques on peut déjà déduire en partie les signes principaux qui caractérisent la hernie musculaire.

Pour qu'une hernie musculaire puisse se produire il est donc nécessaire que la gaine aponévrotique du muscle soit perforée, ou au moins très amincie. Nous pourrions donc dire, prenant un terme de comparaison avec les hernies intestinales, qu'il s'agit toujours ici d'une hernie de faiblesse.

La déchirure de l'aponévrose peut être produite par un certain nombre de facteurs. M. Hartmann a montré que la hernie musculaire pouvait être consécutive à une fracture complexe des os de la jambe : une pointe osseuse vient embrocher l'aponévrose, la déchire sur une plus ou moins grande étendue ; après la réduction de la fracture, la brèche aponévrotique peut persister. C'est le point faible de la paroi, par où sortira la hernie musculaire.

Les classiques, d'autre part, avaient décrit sous le nom « d'usure lente des aponévroses » les hernies

musculaires produites à la suite d'efforts répétés, de contacts prolongés, déterminant l'amincissement de la gaine aponévrotique en un point plus ou moins étendu ; là encore il y a faiblesse de la paroi, par conséquent, il peut y avoir hernie musculaire : c'est le cas de la hernie des cavaliers, au niveau du jambier antérieur.

Dans les neuf cas qui font l'objet de notre étude, nous trouvons un élément étiologique commun et différent des précédents. Il s'agissait toujours de blessés par balle, éclat de grenade ou d'obus. Ces projectiles avaient atteint la loge antéro-externe de la jambe, déchirant la peau, l'aponévrose, ne lésant pas, ou ne lésant que très superficiellement les muscles sous-jacents. La perte de substance aponévrotique n'avait point été obturée par une suture primitive. Il persistait donc, après cicatrisation des téguments, une faiblesse de la paroi aponévrotique, tout comme dans les cas précédents. En somme, il s'agissait surtout de plaies tangentielles.

Huit fois, la hernie siégeait sur le jambier antérieur, dans un cas même, la hernie était double ; il y avait eu deux plaies tangentielles. Une fois la hernie siégeait sur l'extenseur propre du gros orteil.

Nous ne rapporterons pas en détail ces diverses observations ; elles se calquent toutes les unes sur les autres.

Les symptômes déterminés par les hernies se sont toujours montrés tels que l'enseignent les classiques.

Le volume de la tumeur variait de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf. On notait au repos l'existence d'un relief ovalaire ; à la palpation, la tumeur se montrait molle, réductible, indolore. Quelquefois même, après réduction, il était possible de sentir nettement le pourtour de l'orifice aponévrotique par lequel elle faisait issue. Mais les caractères essentiels de cette lésion, sont ceux qu'elle présente au repos et au cours de la contraction musculaire.

Au repos, la tumeur est saillante, nettement apparente. Pendant la contraction musculaire, elle s'efface et peut complètement disparaître ; elle disparaît si l'on s'oppose à cette contraction.

Ces hernies ne causent qu'un minimum de troubles fonctionnels ; chez nos blessés, on notait de façon constante une fatigue bien plus rapide au cours de la marche, quelques crampes musculaires.

Le diagnostic d'une telle lésion est généralement très facile surtout lorsqu'on a reconnu qu'elle a bien pour siège le muscle.

Nous ne parlerons donc que pour mémoire des erreurs qu'on a pu commettre avec des lipomes, des kystes, des abcès froids. En réalité, les caractères de la hernie musculaire sont tels que le diagnostic s'impose le plus souvent.

Par contre, la confusion avec la rupture musculaire est beaucoup plus fréquente. Le terme de *pseudo-hernie* sous lequel certains auteurs désignent encore la rupture musculaire, est certainement la raison principale de cette confusion. Ce terme

de pseudo-hernie est absolument *détestable et impropre* ; il est à souhaiter qu'il disparaisse complètement. La rupture est en effet entièrement différente de la hernie musculaire, au triple point de vue anatomo-pathologique, étiologique et clinique. Il s'agit de deux affections entièrement différentes ; c'est à Farabeuf qu'on doit de les avoir isolés d'un cadre nosologique jusqu'à leur commun. Il importe de ne pas retomber dans les erreurs antérieures. En effet, au point de vue clinique, la rupture musculaire est caractérisée par une tumeur peu apparente au repos ; au cours de la contraction musculaire, cette tumeur grossit, durcit et remonte. Si l'on vient à entraver la contraction, la tumeur durcit plus encore grossit davantage, et reste immobile.

Ce sont donc là des signes entièrement opposables à ceux qui caractérisent la hernie musculaire.

TRAITEMENT

Il peut être, comme l'indiquait Chaux, dans le mémoire important qu'il rédigeait sur cette question, soit contentif ou curatif.

TRAITEMENT CONTENTIF

Il consiste dans le port d'un bas élastique, d'une pelote simple ou double. Disons de suite qu'il n'est utilement applicable qu'aux petites hernies. Encore, faut-il remarquer que la bénignité des interventions pratiquées, comparée à la gêne et à l'ennui causés par le port constant d'un appareil, devrait conduire le malade à l'opération.

TRAITEMENT CURATIF

Nous allons passer en revue tout d'abord les divers procédés classiques qui ont été utilisés ; nous étudierons ensuite trois procédés nouveaux.

PROCÉDÉS CLASSIQUES

C'est en 1881, dans le travail de Mourlon, que l'on trouve pour la première fois l'idée de la nécessité d'une reconstitution de la gaine aponévrotique. Il conseille « l'excision de la peau, dans l'étendue correspondante à la totalité de la solution de continuité de l'aponévrose ». Puis « de panser la plaie avec des tampons de charpie sèche, pour faire naître la suppuration ». Il compte sur la cicatrice définitive pour remplacer jusqu'à un certain point l'aponévrose déficiente. Ainsi conduite, l'intervention ne devait pas être sans quelques aléas et présentait sans doute plus d'inconvénients que la lésion elle-même. Il faudra avoir atteint la période antiseptique et surtout la période aseptique, pour que le remède ne devienne pas pis que le mal.

Giess, en 1886, réalisa les premières cures radicales. Dans un cas, pour une hernie du jambier antérieur, il ne sutura pas l'aponévrose ; la suppuration qui s'établit détermina un échec complet. Pour une hernie de la cuisse, au contraire, après suture exacte des lèvres aponévrotiques, déchirées, elle fut couronnée de succès.

Signalées à partir de ce moment, ces opérations ne furent guère conseillées jusqu'en 1883 ; à ce moment, après la publication du mémoire de Chaux, d'une observation du professeur Hartmann, elles devinrent classiques.

Le principe commun consiste dans la suture exacte des bords de l'orifice aponévrotique. Quant à ce qu'il convient de faire du muscle hernié, les opinions varient ; tandis que Jellerbeck le réintègre simplement dans son manchon aponévrotique, Gazin en pratique la résection.

Chaux propose : en cas de hernie par déchirure aponévrotique, de réintégrer purement et simplement le muscle ; en cas de hernie par distension aponévrotique, « le rétrécissement du muscle par des liens circulaires, placés perpendiculairement à la direction des fibres ». Puis la suture soigneuse de l'aponévrose, après excision des bords de l'orifice herniaire, et le cas échéant, son renforcement par l'adossement, dans les fils de suture, des fibres superficielles du muscle. Il conseille la suture aux fils de soie et au crin.

Ces deux techniques, un peu différentes, sont applicables en effet au cas que nous envisageons et, soigneusement pratiquées, donnent des succès presque constants.

D'autres auteurs ont suivi ou proposé des techniques semblables, comme André, Legueu, Hartmann, par exemple.

Nous avons relevé, dans la thèse de Bion, un pro-

cédé, conseillé par Lyot, dans le cas où les lèvres aponévrotiques ne peuvent être aisément rapprochées. Il conseille la suture à distance, par un surjet très serré, au catgut prenant les bords de l'orifice aponévrotique, bridant le muscle et servant de soutien à la production fibreuse ultérieure. Il est certain que cette suture à distance offre beaucoup moins de garanties de succès que lorsque les bords de l'orifice aponévrotique peuvent être exactement coaptés.

On voit donc qu'il y a des cas où les procédés classiques se montrent vraiment insuffisants. Nous pensons que ceux que nous décrirons dans un instant, comblent cette lacune.

Tous les auteurs sont d'accord pour réclamer, après l'intervention, une immobilisation d'une durée variant de quinze à trente jours. Delbet conseille trois semaines avec port pendant quelques mois d'une pelote élastique ou d'un mode de contension quelconque.

PROCÉDÉS NOUVEAUX

Ils sont au nombre de trois. Tous ont pour but d'obturer la perte de substance aponévrotique ; cette obturation étant réalisée soit par un lambeau de caoutchouc, soit par greffe de fascia lata, soit par autoplastie périostique tibiale. Cette dernière méthode, que nous avons vu employer dans le service de notre maître, M. le professeur Ombrédanne, et qu'il nous a été donné d'employer nous-même, constitue, à notre sens, un procédé entièrement nouveau. La technique est simple ; son succès a toujours été complet. C'est sur cette méthode que nous insisterons donc surtout.

Le premier de ces procédés, dans lequel on utilise une lame de caoutchouc, a été désigné à tort sous le nom de greffe de caoutchouc ; il s'agit en réalité d'une prothèse interne au caoutchouc. Il est né à la suite des travaux de M. Delbet, sur l'emploi de cette substance. Le deuxième peut être désigné sous le nom de M. Mauclaire, qui en a été le promoteur ;

Cure radicale par prothèse interne au caoutchouc

L'emploi de caoutchouc depuis la communication de M. Delbet est devenu beaucoup plus fréquent. Il a été utilisé une fois dans le traitement des hernies de la loge antéro-externe de la jambe. Brocq a eu recours à lui pour obturer la brèche aponévrotique d'une hernie du jambier antérieur dont il n'avait pu rapprocher les bords. L'opération fut suivie d'un succès complet. Le blessé, revu deux mois après, était complètement guéri. Plusieurs autres cas sont rapportés, mais il s'agit de hernies de la cuisse.

Cette méthode, d'une application très générale, est intéressante. Son auteur, M. Delbet conseille de prendre une lame de caoutchouc stérilisée, dont les bords sont découpés en languettes.

Celles-ci entrecroisées avec les bords de la perte de substance aponévrotique sont faufilees. Il convient de prendre soin dans ce cas, de tailler un lambeau cutané dont la ligne de suture ultérieure soit à distance des bords de la lame de prothèse, pour éviter toute élimination et de faire en sorte que la plaque caoutchoutée ne soit pas placée directement sous la peau, pour la même raison.

Le caoutchouc, d'après les observations de Ducuing n'est pas éliminé, et il ne donne lieu à aucun phéno-

mène réactionnel. On note parfois cependant l'existence d'un petit épanchement séreux sous la lame prothétique. Il ne trouble d'ailleurs en rien la réunion.

On peut ainsi demander au caoutchouc de servir à la fois d'organe de soutien et d'organe de glissement. Pour remplir un rôle efficace de soutien, il semble toutefois qu'il est nécessaire que la lame utilisée soit relativement épaisse, qu'elle dépasse largement la brèche à combler, qu'enfin elle soit solidement fixée sur les bords par des fils non résorbables.

Cure radicale par greffe de fascia lata.

L'emploi du fascia lata en chirurgie s'est considérablement répandu, comme le fait observer M. Mauclaire dans plusieurs rapports présentés par lui sur ce sujet à la Société de Chirurgie. Suivant la technique habituelle, le fascia lata a été également employé à plusieurs reprises avec succès dans les hernies de la loge antéro-externe de la jambe.

A notre connaissance, c'est M. Mauclaire qui, dans le cas qui nous occupe, essaya le premier cette méthode; il en présenta les résultats dans la séance du 23 novembre 1915, à la Société de Chirurgie. La greffe s'adressait à un cas de hernie musculaire de l'extenseur commun des orteils, et du jambier antérieur. Le résultat fut bon; la hernie fut

maintenue. Toutefois, à cette date, l'auteur notait que la greffe restait encore indurée.

Il est donc permis de se demander, contrairement à l'opinion de l'auteur, s'il ne s'agissait pas simplement d'une récidive; en tous les cas, la guérison était loin d'être entièrement probante. Depuis cette époque nous avons pu relever 12 cas de hernie de la loge antéro-externe de la jambe, traités par ce procédé :

3 présentés par Bailleul, 9 par Picot dans le cours de l'année 1917 et qui se répartissent ainsi : sur 12 cas, il y eut :

11 résultats immédiats excellents ;

1 insuccès (obs. VI, Picot) par élimination de la greffe.

Parmi ces opérés :

6 n'ont pu être suivis ;

5 ont été revus, les résultats éloignés étaient excellents.

La technique suivie par les auteurs est simple.

Après résection de la cicatrice cutanée, on décolle les bords avivés de l'orifice aponévrotique, sous lesquels est insinué un lambeau de fascia lata, de dimensions *ad hoc*. Suture du lambeau aux lèvres de l'orifice, suture de la peau.

M. Mauclore qui a rapporté ces différents travaux, conclut que, « dans les cas de hernies musculaires, la greffe de fascia lata est indiquée. »

Cure radicale par autoplastie périostique tibiale

(Procédé d'Ombrédanne).

Indications. — Toutes les hernies auxquelles le traitement classique ne peut être aisément appliqué, sont justiciables de cette méthode.

Elle s'adresse non seulement aux hernies du jambier antérieur, mais également à celles de l'extenseur des orteils.

Anesthésie. — Nous avons toujours employé l'anesthésie générale à l'éther, au masque d'Ombrédanne.

Principe. — Pour comprendre le principe sur lequel repose cette méthode, il suffit de se reporter à une coupe de la jambe.

On voit alors que la loge antéro-externe de la jambe, est fermée superficiellement par une aponévrose solide. Cette aponévrose s'insère sur la crête du tibia en dedans, se continuant sans démarcation avec le périoste qui revêt les faces interne et antérieure de cet os. En dehors, elle s'insère au bord antérieur du péroné, limitant la loge des extenseurs et du jambier antérieur d'avec la loge des péroniers latéraux. Nous avons représenté sur le schéma 1 le siège de la perte de substance aponévrotique.

Après avoir largement découvert le siège de la

hernie musculaire, et la face interne du tibia, par la taille d'un lambeau cutané approprié, on prélève sur la face interne du tibia un lambeau périostique qui a son pédicule à la crête tibiale. Ce lambeau est renversé en dehors, il vient recouvrir la perte de substance aponévrotique en s'insinuant sous sa lèvre externe.

Ce lambeau périostique se continue sans interruption avec tout le périoste de la face antérieure du tibia, comme on peut le voir aisément sur le schéma 2.

Il s'agit donc en somme d'une autoplastie périostique par renversement, largement pédiculée, assurée ainsi d'une complète nutrition.

Le procédé à un seul lambeau n'est applicable qu'aux hernies siégeant sur le jambier antérieur.

Voici comment l'on procède pour le rendre applicable aux hernies de l'extenseur des orteils.

On sait que l'extenseur des orteils est séparé à la partie supérieure de la jambe, du jambier antérieur par une cloison intermusculaire ; les deux muscles prennent inégalement insertion sur cette cloison qui appartient beaucoup plus au jambier antérieur qu'à l'extenseur. Nous avons figuré sur le schéma 3, le siège de la hernie dans le cas qui nous occupe.

On découvre par la taille d'un lambeau cutané approprié, la loge antéro-externe de la jambe et la face interne du tibia. On taille au dépens de l'aponévrose du jambier antérieur, un lambeau dont la base se continue avec la cloison inter-musculaire. Ce lam-

beau renversé en dehors, vient s'insinuer sous la lèvre externe de la brèche aponévrotique. Le schéma 4 montre bien que l'on a ainsi réalisé une greffe aponévrotique, pédiculée largement, en continuation directe avec la cloison inter-musculaire.

Le prélèvement de ce lambeau aponévrotique n'a donc fait, en quelque sorte, que déplacer la hernie de l'extenseur sur le jambier antérieur. Il ne reste plus alors qu'à obturer celle-ci. Nous rentrons dans le cas précédent. Il suffira de prélever à la face interne du tibia, un lambeau périostique, qui par renversement, viendra combler la perte de substance.

En somme, pour guérir les hernies de l'extenseur, on sera amené à pratiquer deux autoplasties pédiculées, l'une aponévrotique, l'autre périostique.

Voyons maintenant comment nous procéderons.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La jambe est entièrement badigeonnée au chloroforme iodé. Le champ opératoire protégé est bien exposé; il peut être utile de confier le pied à un aide.

I. — HERNIES DU JAMBIER ANTÉRIEUR

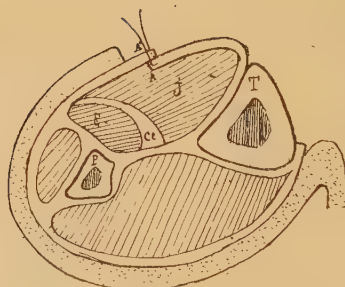
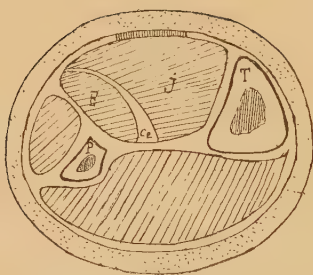
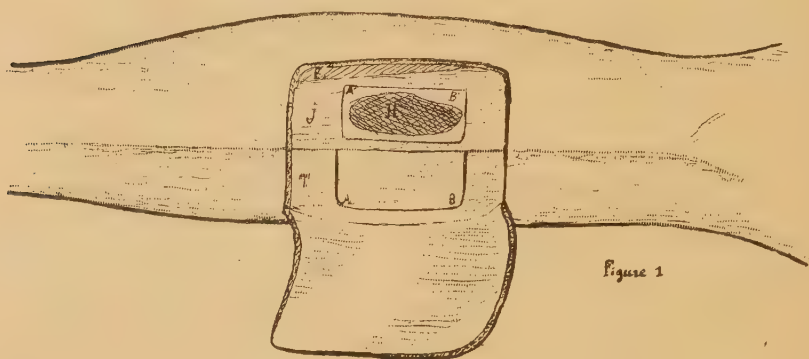
1° *Taille du lambeau cutané.* — Par trois incisions, on délimite un lambeau cutané à base tibiale ; ces incisions sont tracées de telle sorte qu'elles soient situées à un bon travers de doigt en dehors, au-dessus et au-dessous de la hernie. Ce lambeau est disséqué aussi loin que cela est nécessaire pour découvrir la face interne du tibia dans la portion correspondante. On a ainsi sous les yeux la perforation aponevrotique et la face interne du tibia recouverte de son périoste. Ce lambeau est rabattu en dedans ; il est immédiatement protégé par des compresses. La simple compression suffit le plus souvent à faire l'hémostase ; il peut être nécessaire de ligaturer la saphène interne sectionnée.

La figure I-représente ce temps opératoire.

2° *Excision du pourtour de l'orifice herniaire.* — Par quatre incisions tombant perpendiculairement, on excise le pourtour de l'orifice herniaire irrégulier. La perte de substance prend ainsi la forme d'un rectangle.

3° *Taille du lambeau périostique.* — Par trois incisions, on délimite sur la face interne du tibia, un volet périostique dont la charnière est à la crête

tibiale. Nous désignerons les deux angles libres de ce volet sous les lettres A et B.



Les dimensions de ce lambeau sont calculées de telle sorte qu'il puisse, après bascule, recouvrir en la dépassant légèrement, la brèche aponévrotique. A la rugine, ce lambeau est détaché du tibia et en-

tièrement mobilisé, de façon à pouvoir se renverser aisément en dehors, basculant ainsi autour de la crête tibiale qui forme charnière. Ce lambeau est alors renversé en dehors. Les deux angles A et B sont insinués par deux pinces de Kocher, sous le bord droit de l'orifice herniaire, de telle sorte que le point A vienne en A' et le point B en B'.

Pour faciliter la suture, il est commode de passer, avant que le lambeau périostique ne soit insinué sous le bord droit de la perte de substance aponévrotique, un point en U dans chaque angle libre A et B du lambeau. Les deux chefs libres de ce point sont chargés par une aiguille de Reverdin qui traverse l'aponévrose jambière à distance des points A' et B' de dehors en dedans. Les chefs sont alors noués. On a ainsi solidement fixé les deux angles du lambeau périostique en bonne position. Il ne reste plus qu'à achever la suture exacte du pourtour par quelques points séparés.

2. — HERNIES DES EXTENSEURS DES ORTEILS

1° *Taille d'un lambeau cutané.* — On procède comme dans le cas précédent, en donnant naturellement une plus grande largeur au lambeau.

2° *Excision du pourtour de l'orifice aponévrotique.*

3° *Taille d'un lambeau aponévrotique.* — Par trois incisions on délimite un lambeau rectangulaire ne comprenant que l'aponévrose du jambier, dont la charnière est représentée par la cloison inter-musculaire Cl. Nous désignerons les angles libres sous les lettres C et D.

Les dimensions de ce lambeau seront, ici encore, calculées de telle sorte qu'après renversement en dehors, il vienne recouvrir en la dépassant légèrement, la perte de substance aponévrotique. Ce lambeau est libéré du muscle sous-jacent à la sonde cannelée. Il est renversé en dehors, les angles C et D sont insinués sous le bord droit de l'orifice aponévrotique. Par une série de points en U, ce lambeau est exactement suturé au pourtour de l'orifice, les points C venant en C', et D en D'.

L'orifice ainsi créé dans la gaine du jambier antérieur, sera obturé par un lambeau taillé sur la face interne du tibia, comme dans le cas précédent. Les

angles libres A et B de ce lambeau viendront après renversement, en A' et B'.

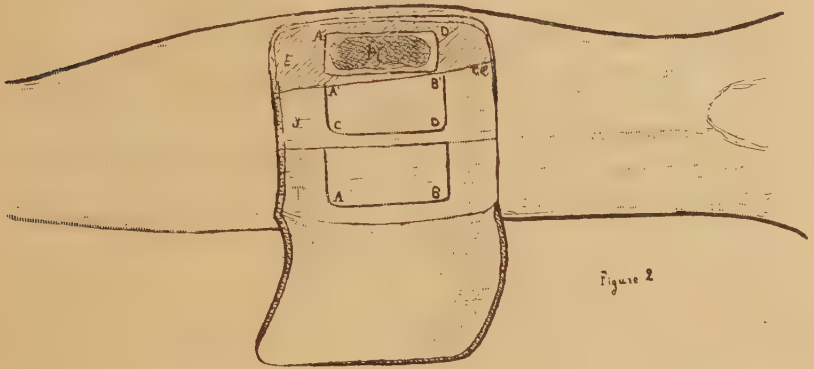


Figure 2

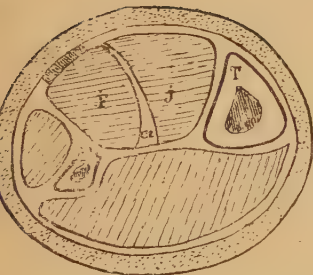


Schéma 3

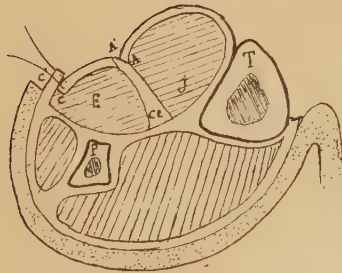


Schéma 4

- T Tibia.
- P Péroné.
- J Jambier antérieur.
- E Extenseur des orteils.
- Cl Cloison intermusculaire.

Erratum

Fig. 2. Le point D vient en D'
Le point C vient en C' et non en A' (erreur).

Les différents temps opératoires sont représentés sur les fig. II, et les schémas 3 et 4.

Les études auxquelles nous nous sommes livré sur le cadavre nous ont permis de constater qu'il était toujours possible de remédier à une hernie du jambier antérieur par renversement d'un lambeau périostique tibial. En effet il est possible de détacher de la face interne du tibia, une lame périostique de la forme d'un triangle rectangle à sommet inférieur tronqué, mesurant 22 centimètres de hauteur, 6 centimètres de largeur en haut, sous le plateau tibial interne en bas au-dessus de la malléole 2 cm. 5. On peut ainsi remédier aux hernies siégeant en un point quelconque du jambier antérieur par renversement direct du lambeau. Toutefois, il faut remarquer qu'on ne peut commencer à détacher la lame périostique qu'à deux travers de doigt au-dessous de la tubérosité interne, afin de ne pas intéresser l'insertion des tendons de la patte d'oie et les expansions des vastes. Cela n'a pratiquement aucune importance, la hernie du jambier antérieur n'étant rencontrée en haut qu'à l'union du tiers supérieur du muscle et du tiers moyen.

Grâce aux modifications décrites pour le comblement d'une perte de substance très externe de la loge antéro-externe, nous avons pu constater que toujours elles pouvaient être comblées par la méthode décrite.

Tous nos blessés présentaient une cicatrice dont nous pratiquions l'ablation dans un premier temps opératoire. La cicatrice cutanée était cernée par deux

incisions elliptiques, à grand axe longitudinal, disséquée et enlevée. Des extrémités supérieures et inférieures, de la plaie résultant de cette ablation, on faisait partir une incision perpendiculaire à l'axe de la jambe. On délimitait ainsi le lambeau cutané à base tibiale que nous avons décrit.

C'est donc ainsi qu'il faudra procéder lorsqu'on se trouvera en présence de hernies en rapport avec des plaies cutanées ayant laissé une cicatrice défectueuse.

4^e *Suites opératoires.* — Tous les blessés furent laissés au lit pendant quinze jours en gouttière ouatée, les agrafes enlevées au huitième jour. L'intervention ne fut suivie d'aucune complication locale ; le quinzième jour, la cicatrisation complète obtenue, les blessés commençaient à se lever. Ils gardaient toutefois un pansement compressif jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Tous à ce moment étaient guéris ; la hernie n'apparaissait plus au repos.

Chez l'un d'eux, revu deux mois et demi après l'opération, la guérison s'était entièrement maintenue. Il nous a été impossible d'avoir de nouveaux renseignements au sujet de ces opérés. Tout porte à croire qu'ils ont continué à bénéficier de l'intervention.

DISCUSSION

Nous sommes donc en présence, au point de vue du traitement chirurgical des hernies de la loge antéro-externe de la jambe, de plusieurs procédés. Lorsque le traitement classique sera aisément applicable, il conviendra de l'utiliser. Dans le cas contraire, nous avons donc à choisir entre trois procédés de cure radicale :

1° Par prothèse interne du caoutchouc ;

2° Par greffe de fascia lata ;

3° Par autoplastie périostique tibiale.

Les procédés ne présentent pas la même valeur.

1. — Par prothèse interne au caoutchouc

L'emploi du caoutchouc n'a en somme été utilisé qu'une fois, avec succès il est vrai, dans la cure des hernies du jambier antérieur. Il est donc assez difficile d'avoir une idée exacte de sa valeur réelle.

Toutefois il présente un sérieux inconvénient. Il introduit en effet dans l'organisme un corps étranger. Il porte donc en lui-même une sérieuse menace

d'insuccès puisque si le caoutchouc est habituellement bien toléré, son élimination est loin d'être rare. D'autre part, il n'est pas toujours aisé, pour en assurer la conservation, de prendre toutes les précautions que réclame M. Delbet. En somme il convient de réserver son opinion quant à l'emploi de cette méthode et d'attendre que le temps l'ait consacrée.

2. — Greffe de fascia lata

Cette méthode a été appliquée beaucoup plus souvent que la précédente, la plupart du temps avec succès. Mais les auteurs notent cependant qu'elle n'a quelquefois abouti qu'à un insuccès. Ceci se comprend aisément. Il s'agit en effet d'une greffe libre, sans pédicule. En somme, on peut dire qu'il s'agit d'une greffe morte. On n'est pas encore fixé sur le mécanisme qui préside à sa reviviscence. Cette méthode, dont le pourcentage de succès est certainement important, comporte cependant une part d'insuccès indéniables.

D'autre part, la mise en œuvre de cette technique oblige à pratiquer une première intervention sur la cuisse ; à affaiblir ainsi la sangle aponévrotique qui entoure ces muscles. Elle laisse aussi une cicatrice supplémentaire. C'est dire que nous donnerons toujours notre préférence à la technique que nous avons longuement exposée.

3. — Autoplastie périostique tibiale

Cette méthode a toujours été employée avec succès. Huit fois on a utilisé le renversement simple du lambeau périostique; une fois ce renversement avait été précédé de la taille d'un lambeau aponévrotique pris sur la gaine du jambier antérieur. La supériorité de cette méthode nous paraît assurée; on utilise en effet ici une greffe pédiculée dont la vitalité est largement assurée, que cette greffe soit simple ou double suivant le siège de la hernie.

CONCLUSION

1° Les procédés classiques de traitement chirurgical des hernies de la loge antéro-externe de la jambe sont *parfois insuffisants*.

2° Parmi les procédés nouveaux appelés à compenser l'insuffisance des premiers, nous éliminerons :

La prothèse interne au caoutchouc.

Cette méthode n'a pas encore fait ses preuves ; par suite du danger d'élimination de la plaque caoutchoutée, son succès est aléatoire.

Greffe de fascia lata.

Ce sont des greffes non pédiculées dont le succès est par conséquent toujours incertain. D'autre part, l'emploi de cette méthode oblige à une intervention préliminaire.

La cure radicale par autoplastie périostique tibiale représente le *procédé de choix*. Son emploi a toujours été suivi de succès ; elle s'adresse à toutes les hernies de la loge antéro-externe de la jambe. Elle utilise une greffe pédiculée dont la vitalité est assurée et par conséquent dont le succès est certain.

Vu : le Président de la thèse,

HARTMANN

Vu : le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Bérard, Denonvilliers, Gosselin.* — Compendium de chirurgie pratique, t. II, 1851.
- Légonest.* — Traité de Chirurgie d'armée, 1863, p. 874.
- Jamin et Perrier.* — Manuel de pathologie chirurgicale, t. I, 1877.
- Follin et Duplay.* — Traité élémentaire de pathologie externe, 1888.
- Duplay et Reclus.* — Traité de chirurgie, 1890, t. I, p. 765.
- Forgue et Reclus.* — Traité de thérapeutique chirurgicale, t. I, 1892.
- Ghaux.* — Cure radicale des hernies musculaires (Revue de Chirurgie, juin 1893, p. 487, contenant la bibliographie de la question jusqu'en 1892).
- Hartmann.* — A propos d'un cas de hernie musculaire (Revue de Chirurgie, juin 1893, p. 508).
- Michaux.* — Hernie musculaire (Bull. et Mém. Société de Chirurgie, 1894, p. 711).
- Morange.* — Etude sur la hernie musculaire. Thèse Paris, 1894.
- Le Dentu et Delbet.* — Chirurgie clinique et opératoire, 1896, t. III.
- Bion.* — Etude sur les hernies musculaires vraies du jambier antérieur. Thèse Paris, 1899.
- André.* — Hernie musculaire vraie ; extenseur commun des doigts. Cure radicale (Archives de médecine militaire, 1895, t. XXV, p. 301).
- Leguen.* — Revue de Chirurgie, 1895, p. 897.

- Morestin.* — Bulletin de Société anatomique, 1895, t. LXX, p. 108.
- Lyot.* — Traité de Chirurgie, 1896, t. III, p. 760.
- Mignon.* — Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie, 1905, p. 772.
- Monod et Vanperts.* — Traité de technique opératoire, 1902.
- Bahut.* — Hernies musculaires (Société médecine militaire française, 1912. Société médico-chirurgicale de l'Ar-dèche, 1912).
- Hartmann.* — Bulletin et Mémoires Société de Chirurgie, 9 mai 1916, p. 1036.
- Mauclaire.* — Greffe aponévrotique avec le fascia lata (Bull et Mém. Soc. Chirurgie, 1915, p. 2182).
- Bailleul.* — Dix cas greffe de fascia lata pour hernies musculaires (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1917, p. 950).
- Picot.* — Greffe fascia lata (12 cas) (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1917, p. 951).
- Ducuing.* — Note sur le caoutchouc organe de résistance (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1916, p. 811).
- Saint-Martin.* — Notes sur quelques cas de greffe de caoutchouc (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1916, p. 166).
- Brocq.* — Autoplastie par greffe de caoutchouc stérilisé (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1917, p. 126).
- Huguier, Vendeau, Basset.* — Greffe de caoutchouc (Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie, 1918, p. 575).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine. Paris — 5083-19
